



7 702124 007790 >

HOJA DE VIDA

CURRICULUM VITAE minerva 10-00

1

Ciudad Medellín	Fecha D 16 M 10 A 2021	Empleo o cargo solicitado Conductor	Código cargo
---------------------------	----------------------------------	---	--------------

(*) Respuesta opcional Art. 111
decreto 2150 de 1995.(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972
Art. 5 Convenio 111 OIT.

Primer apellido Hincapie	Segundo apellido Castañeda	Nombres Kevin Alejandro		
Profesión, ocupación u oficio Conductor		Años de experiencia laboral 3 años	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$ Asignado	
Lugar de nacimiento Caldas - Antioquia		(*) Fecha de nacimiento D 02 M 02 A 2000	(*) Estado civil Soltero	
Dirección domicilio Cra 59B # 55-30		Barrio Calatava	Teléfono 7941365	
Cédula de ciudadanía: N° 1000920201	(**) Libreta militar N°			
Expedida en: Itagüí	Distrito N°	Primera clase:	Segunda clase:	
Licencia de conducción 1000920201	¿Vivienda propia? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del arrendador	Teléfono	Valor del arriendo
¿Está trabajando actualmente? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué empresa? Trans Vida	Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Independiente	Tipo de contrato Indefinido	



II. EDUCACIÓN Y APTITUDES

Primaria	Establecimiento I.E Juan N Calderón	Ciudad Medellín	Último grado cursado 6º	Fecha
Bachillerato	Establecimiento Diego Echavarría Misas	Ciudad Itagüí	Último grado cursado 11º	Fecha
Educación Superior	Establecimiento X	Ciudad	Años cursados	Fecha
	Título obtenido y/o especialidad		Tipo de formación	
			Técnica	Tecnológica
				Profesional
¿Qué estudios realiza actualmente?				
Horario:				

III. EXPERIENCIA LABORAL

(Favor relacionar los últimos dos empleos que usted ha desempeñado, comenzando por el último o actual. Si necesita dar más detalles utilice una hoja por separado. Estos datos serán verificados y su manejo será confidencial.)				
Nombre de la última o actual empresa Trans Vida.		Dirección Calle 48 # 68-98	Teléfono(s) 2300200	
Nombre de su jefe inmediato Jorge Tapia		Cargo(s) desempeñado(s) por usted Conductor		
Funciones realizadas Manejar los especiales				
Fecha de ingreso 06 de febrero	Fecha de retiro	Sueldo inicial \$ Asignado	Sueldo final o actual \$	
Motivo del retiro				

Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)

Nombre de la empresa Trans Brasil	Dirección			Teléfono(s)
Nombre de su jefe inmediato	Cargo(s) desempeñado(s) por usted			
Funciones realizadas				
Fecha de ingreso	Fecha de retiro	Sueldo inicial \$	Sueldo final \$	
Motivo del retiro				
Verificación (Espacio exclusivo para el entrevistador)				

IV. TRAYECTORIA POR EMPRESAS (Marque con una (X) en que clase de empresas ha trabajado o tiene experiencia)

AGRICULTURA	<input type="checkbox"/>	Textiles y Confecciones	<input type="checkbox"/>	Metalurgia	<input type="checkbox"/>	COMERCIO	<input type="checkbox"/>	SALUD	<input type="checkbox"/>
GANADERÍA / AVICULTURA	<input type="checkbox"/>	Cuero y Calzado	<input type="checkbox"/>	Maquinaria	<input type="checkbox"/>	HOTELES Y RESTAURANTES	<input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/>
MINERÍA	<input type="checkbox"/>	Papel y Cartón	<input checked="" type="checkbox"/>	Automotores	<input type="checkbox"/>	TRANSPORTE	<input type="checkbox"/>	SEGUROS	<input type="checkbox"/>
PETRÓLEO / GASOLINA	<input type="checkbox"/>	Editorial y Artes Gráficas	<input type="checkbox"/>	Muebles	<input type="checkbox"/>	BODEGAJE	<input type="checkbox"/>	VIGILANCIA	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA	<input type="checkbox"/>	Químico y Farmacéutico	<input type="checkbox"/>	Reciclaje	<input type="checkbox"/>	COMUNICACIONES	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
Alimentos y Bebidas	<input type="checkbox"/>	Caucho y Plástico	<input type="checkbox"/>	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA	<input type="checkbox"/>	FINCA RAÍZ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Vidrio, Cerámica y Cemento	<input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>	INFORMÁTICO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

V. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)		Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde trabaja	
Cargo actual	Dirección		Teléfono	Ciudad	
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	Parentesco			Edades	
1	Madre			44 - 42	
Nombre(s) padre(s)	Profesión, ocupación u oficio				
Martha Cecilia Castañeda	Ama de casa				
Oscar Alejandro Hincapie	Conductor				

VI. REFERENCIAS PERSONALES (Indique dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores)

1.-	Nombre Natalia Sánchez M	Ocupación Estudiante	Dirección Cra 60 # 64 - 17	Teléfono 3016940824
2.-	Nombre Carolina Sánchez M	Ocupación Tecnología química	Dirección Cra 60 # 64 - 17	Teléfono 3046384903

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Quién le sugirió solicitar empleo en esta empresa?	Anuncio <input type="checkbox"/>	Amigo <input checked="" type="checkbox"/>	¿Lo recomienda alguien que trabaja en esta empresa?
Nombre de la persona que lo recomienda	División o departamento		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alejandro Sanchez			
Si tiene parientes en esta empresa mencionelos			

Nota importante	Certificación	Firma del solicitante
<p>Favor no llamar por teléfono, ni concurrir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias.</p>	<p>Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mí, en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Núm. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).</p>	 <p>Kevin Hincapie C.C. 1000920201</p>

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

Concepto primer entrevistador:

Voto Bo. como candidato. Firma _____ Fecha _____

Concepto segundo entrevistador:

Vo. Bo. como candidato. Firma Fecha

Conclusiones

	Fecha
Contrátese a partir del	Sueldo

Candidato seleccionado definitivamente

ible próximamente Si No Cargo _____ Tipo de contrato _____

Heterogeneidades verificadas por



Ips Firmédica
Nit: 901296322-5
Dirección: Calle 48 #65-42
Teléfono: 5017655
Email: ipsfirmedica@gmail.com



Información General

No. Ingreso	14813	Fecha Impresión	2022-04-01
Fecha Ingreso	2022-04-01 06:27:02	Nombre	KEVIN ALEJANDRO HINCAPIE CASTANEDA
CC	1000920201	Sede	IPS FIRMEDICA
Cargo	CONDUCTOR	Tipo de Examen	POST INCAPACIDAD
Fecha Nacimiento	2000-02-02	Edad	22 años
Dirección		Telefono	3013272487
Estado Civil	Soltero(a)	# Hijos	0
Empresa a Laborar	TRANSPORTE Y VIAJES MEDELLIN	Fecha Salida	2022-04-01 08:22:01
Empresa Contratante	TRANSPORTE Y VIAJES MEDELLIN	Nombre Acompañante	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	NORMAL	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	NEGATIVO
AUDIOMETRIA DE GANANCIA TOTAL	NORMAL	COCAINA	NEGATIVO
VISIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud

CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO Observaciones: PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE QUE EL DIA 30/01/2022, SIENDO LAS 19:56 DE LA NOCHE SUFRE UN ACCIDENTE DE TRANSITO CON OTRA MOTO QUE VIENE DE FRENTA, PRESENTANDO TRAUMA CONTUSO EN ZONA CLAVICULAR DERECHA CON CREPITACION Y DOLOR INTENSO CON LIMITACION PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE HOMBRO LATERAL, ADEMÁS TRAUMA CONTUSO DEL MUSLO IZQUIERDO CON GRAN DEFORMACION EN EL TERCIO MEDIO Y EDEMA DOLOR INTENSO, Y REFIERE QUE EL DIA 02/02/2022 ES SOMETIDO A REALIZACION DE CIRUGIA DE OSTEOSINTESIS DEL FEMUR DE LA PIerna IZQUIERDA Y TAMBIEN OSTEOSINTESIS EN LA CLAVICULA DERECHA Y OPERADO POR EL DR GERMAN EDUARDO GARCIA ORTOPEDISTA CON R.M 1031655843, Y REFIERE EN LA HISTORIA CLINICA QUE NO HUBO NINGUNA COMPLICACION DE LA CIRUGIA. RECOMENDACIONES: -POR AUTORIZACION DEL MEDICO TRATANTE DONDE RECOMIENDA UN REINTEGRO PROGRESIVO A SUS ACTIVIDADES LABORALES DE (CONDUCTOR DE CARRO) DESPUES DE TERMINADA LA INCAPACIDAD. -REALIZAR LAS 10 SESIONES PENDIENTES DE LAS TERAPIAS FISICAS. - SE RECOMIENDA QUE EN LA 1 SEMANA DE TRABAJO SOLO SEA POR MEDIA JORNADA (4 HORAS). - EN LA 2 SEMANA DE (6 HORAS). - EN LA 3 SEMANA DE (8 HORAS) .-NO DEBES DE HACER ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN TROTAR, CORRER, SALTAR, SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE FORMA FRECUENTES, NO CAMINAR SOBRE TERRENOS HUMEDOS, RESBALADIZOS O IRREGULARES. -NO DEBES REALIZAR ACTIVIDADES CON POSTURA RECARGADA SBRE UN UN SOLO MIEMBRO INFERIOR. - REALIZAR LAS 10 SESIONES DE TERAPIAS FISICAS PENDIENTE EN SU EPS. - SE EDUCA SOBRE SIGNOS DE ALARMA QUE SI HAY DOLOR O LIMITACION PARA REALIZAR SU ACTIVIDAD ACUDIR A SU EPS O MEDICO TRATANTE PARA UNA POSTERIOR VALORACION. - BAJAR DE PESO. - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ESTIRAMIENTO TANTO DE EL BRAZO DERECHO Y PIerna IZQUIERDA CADA HORA. - NO LEVANTAR PESO. - ACUDIR AL CONTROL MEDICO EN 2 MESES CON RESULTADOS DE RX DE CONTROL DE CLAVICULA DERECHA Y FEMER IZQUIERDO.

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR CON RECOMENDACIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Continuar manejo médico
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana
- Control nutricional en EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Específicas Trabajador

Se dan recomendaciones de uso de elementos de protección personal según protocolo de bioseguridad de la empresa y EPP requeridos según su cargo. * Acatar a cabalidad el protocolo de bioseguridad determinado por la empresa. * Se recomienda que en caso de presentar sintomatología relacionada con el sistema respiratorio sugestivo de covid-19 debe consultar telefónicamente a la Entidad de salud pertinente e informar a su coordinador. ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA

Observaciones

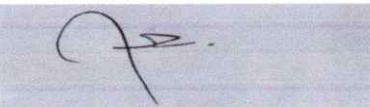
PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE QUE EL DIA 30/01/2022, SIENDO LAS 19:56 DE LA NOCHE SUFRE UN ACCIDENTE DE TRANSITO CON OTRA MOTO QUE VIENE DE FRENTA, PRESENTANDO TRAUMA CONTUSO EN ZONA CLAVICULAR DERECHA CON CREPITACION Y DOLOR INTENSO CON LIMITACION PARA LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE HOMBRO LATERAL, ADEMÁS TRAUMA CONTUSO DEL MUSLO IZQUIERDO CON GRAN DEFORMACION EN EL TERCIO MEDIO Y EDEMA DOLOR INTENSO, Y REFIERE QUE EL DIA 02/02/2022 ES SOMETIDO A

REALIZACION DE CIRUGIA DE OSTEOSNTESIS DEL FEMUR DE LA PIERNA IZQUIERDA Y TAMBIEN OSTESINTESIS EN LA CLAVICULA DERECHA Y OPERADO POR EL DR GERMAN EDUARDO GARCIA ORTOPEDISTA CON R.M 1031655843, Y REFIERE EN LA HISTORIA CLINICA QUE NO HUBO NINGUNA COMPLICACION DE LA CIRUGIA. RECOMENDACIONES: .- POR AUTORIZACION DEL MEDICO TRATANTE DONDE RECOMIENDA UN REINTEGRO PROGRESIVO A SUS ACTIVIDADES LABORALES DE (CONDUCTOR DE CARRO) DESPUES DE TERMINADA LA INCAPACIDAD. .- REALIZAR LAS 10 SESIONES PENDIENTES DE LAS TERAPIAS FISICAS. .- SE RECOMIENDA QUE EN LA 1 SEMANA DE TRABAJO SOLO SEA POR MEDIA JORNADA (4 HORAS) .- EN LA 2 SEMANA DE (6 HORAS) .- EN LA 3 SEMANA DE (8 HORAS) .-NO DEBES DE HACER ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN TROTAR, CORRER, SALTAR, SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DE FORMA FRECUENTES, NO CAMINAR SOBRE TERRENOS HUMEDOS, RESBALADIZOS O IRREGULAR. .-NO DEBES REALIZAR ACTIVIDADES CON POSTURA RECARGADA SBRE UN UN SOLO MIEMBRO INFERIOR. .- REALIZAR LAS 10 SESIONES DE TERAPIAS FISICAS PENDIENTE EN SU EPS. .- SE EDUCA SOBRE SIGNOS DE ALARMA QUE SI HAY DOLOR O LIMITACION PARA REALIZAR SU ACTIVIDAD ACUDIR A SU EPS O MEDICO TRATANTE PARA UNA POSTERIOR VALORACION. .- BAJAR DE PESO. .- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ESTIRAMIENTO TANTO DE EL BRAZO DERECHO Y PIERNA IZQUIERDA CADA HORA. .- NO LEVANTAR PESO. .- ACUDIR AL CONTROL MEDICO EN 2 MESES CON RESULTADOS DE RX DE CONTROL DE CLAVICULA DERECHA Y FEMER IZQUIERDO.

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO



Profesional: JAIRO ZAMBRANO ESCORCIA
CC: 8634458
Registro médico: 0134/1997
Licencia Nº: 63-1333

Kevin Hincapie

Firma del trabajador: KEVIN ALEJANDRO HINCAPIE CASTAÑEDA
CC: 1000920201